

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Natália Camargo Duarte

**“Perfil dos pacientes com câncer de boca do Núcleo de Cirurgia de Cabeça e  
Pescoço HU/UFSC e encaminhados para suporte odontológico no Núcleo de  
Odontologia Hospitalar HU/UFSC”**

Florianópolis

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Natália Camargo Duarte

**“Perfil dos pacientes com câncer de boca do Núcleo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço HU/UFSC e encaminhados para suporte odontológico no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC”**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Maria Inês Meurer, Dr.<sup>a</sup>

Co-orientador: Prof.<sup>a</sup> Liliane Janete Grando, Dr.<sup>a</sup>

Florianópolis

2016

D812p Duarte, Natália Camargo

Perfil dos pacientes com câncer de boca do Núcleo e Cirurgia de Cabeça e Pescoço HU/UFSC e encaminhados para suporte odontológico no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC / Natália Camargo Duarte; orientadora, Maria Inês Meurer. - Florianópolis, SC, 2016.

55 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Carcinomas. 3. Câncer de boca. 4. Fatores de risco. 5. Terapia antineoplástica. I. Meurer, Maria Inês. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616

Natália Camargo Duarte

**“Perfil dos pacientes com câncer de boca do Núcleo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço HU/UFSC e encaminhados para suporte odontológico no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC”**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 01 de outubro de 2016.

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Inês Meurer, Dr.<sup>a</sup>

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Inês Beatriz Rath, Dr.<sup>a</sup>

Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dr.<sup>a</sup> Mariáh Luz Lisboa

Cirurgiã-Dentista

Dedico este trabalho:

Aos meus amados pais, Gercino e Rita.

Aos meus irmãos, Dimas e Daniel.

Ao meu namorado, Rafael.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha co-orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliane Janete Grando, por todos os ensinamentos passados, pela dedicação e paciência e por todas as oportunidades a mim oferecidas ao longo destes 3 anos de aulas, estágios e orientações. Muito obrigada.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Meurer por ter sido tão solícita quando precisei de sua ajuda para problemas burocráticos e por todo o apoio e carinho que sempre recebi durante o estágio no ambulatório. Muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Nelson Mackowiecky por sempre ser meu ombro amigo durante as práticas clínicas, me incentivar e me aconselhar. Sua paciência, dedicação ao próximo e amizade são coisas inspiradoras para mim. Obrigada por ter me ajudado tanto, mesmo sem perceber.

À Dr.<sup>a</sup> Mariah Luz Lisboa por sempre ser carinhosa e estar disposta a me ensinar como fazer algo melhor durante meu estágio no ambulatório. Obrigada, aprendi muito contigo e toda a equipe.

À equipe da Patologia Bucal da UFSC, professores e técnicos. Vocês me deram oportunidades de aprendizado as quais jamais esquecerei.

À equipe do Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC que por vários semestres tornaram meus dias mais interessantes e me ensinaram muitas coisas sobre a vida. Parabéns por serem tão competentes e humanos.

Ao meu amado pai Gercino N. Duarte Filho, que sempre acreditou em mim e fez de tudo para que eu continuasse meu caminho escolhido. Mesmo que por muitas vezes tenha sido difícil, sempre me recebeu com um sorriso no rosto e uma piada para me fazer rir. Não tenho palavras para você. Eu te amo muito, pai.

À minha mãe Rita de Cássia A. Camargo Duarte, que sempre foi uma mãe extremamente dedicada e fez de tudo por mim. Mãe, você é um exemplo que eu quero seguir durante a vida. Eu te amo muito.

Ao meu namorado Rafael Poletto por todo o apoio e incentivo que recebi desde os primeiros meses de convivência. Seu amor foi fundamental para suportar tudo e ir em frente. Eu te amo.

Aos meus irmãos por sempre estarem ao meu lado, me apoiando e descontraindo o ambiente durante as reuniões familiares. Vocês me ajudaram muito com isso e nem sabem. Eu amo vocês.

Aos meus amados familiares e amigos por compreenderem minha ausência e continuarem me apoiando orgulhosos e felizes. Vocês são incríveis e fazem parte disto.

*“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.*

(Simone de Beauvoir)



## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil dos pacientes oncológicos atendidos no Núcleo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) e que foram encaminhados para suporte odontológico no Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC, tanto pré quanto pós- tratamento de Câncer de Boca. Os dados obtidos foram estudados através de uma análise descritiva com abordagem retrospectiva, e advém do levantamento dos prontuários de pacientes oncológicos atendidos no Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC. Foram levantados dados de 80 prontuários, de pacientes atendidos entre 2013.1 e 2015.2. Dentre os resultados obtidos, observou-se uma predominância de pacientes homens, acima dos 50 anos, tabagistas, portadores de CEC e com localização preferencial em lábio e língua. A maioria dos diagnósticos foram feitos de 0 a 6 meses após o paciente perceber a lesão, e devido a isso, o estadiamento mais encontrado foi T2, representando um tamanho de tumor primário grande, porém a grande maioria sem envolvimento de linfonodos regionais e sem metástases à distância. O tratamento de escolha principal na maioria dos casos foi a cirurgia exclusiva, porém alguns associavam cirurgia/radioterapia/quimioterapia. Já no tratamento odontológico prévio à terapia antineoplásica, os que mais eram necessitados eram exodontias, restaurações, tratamento periodontal e tratamento endodôntico. As sequelas que os pacientes mais apresentaram após a terapia foram xerostomia/hipossalivação, dor e desconforto, mucosite oral e osteorradioneecrose. Com tal estudo podemos perceber a importância da intervenção do cirurgião-dentista no pré, no pós e durante o tratamento antineoplásico. Os resultados obtidos demonstram o quanto importante é o acompanhamento do paciente com câncer previamente e posteriormente ao tratamento da doença, e o quanto ainda é falha esta parte, já que uma considerável parcela não era acompanhada. Isto ressalta ainda mais a importância e necessidade da presença do Cirurgião-Dentista, desde o instante do diagnóstico até o momento da terapia anti-neoplásica.

**Palavras-chave:** Carcinoma Espinocelular. Carcinoma Epidermóide. Carcinoma de Células Escamosas. Câncer de boca. Fatores de risco. Terapia antineoplásica.

## ABSTRACT

This study evaluated the oncological patients treated at the Head and Neck Surgery Service (CCP) of the University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU / UFSC) and were referred for dental support the Hospital Dental Center of HU / UFSC, both pre- and post-Mouth Cancer treatment. The data were studied through a descriptive analysis with retrospective approach, and results from the survey of the records of cancer patients treated at the Hospital Dental Center of HU / UFSC. 80 records data were collected from patients treated between 2013.1 and 2015.2, and the results show how important the patient monitoring cancer previously and subsequently to the treatment of disease, and how much is still lacking this part, since a considerable portion was unaccompanied. This further underscores the importance and necessity of the presence of the Dental Surgeon, from the moment of diagnosis until the time of antineoplastic therapy. Among the results, there was a predominance of male patients, over 50, smokers, patients with SCC and preferred location in lip and tongue. Most diagnoses were made 0-6 months after the patient understand the injury, and because of this, the most found staging was T2, representing a large primary tumor size, but the vast majority without regional lymph node involvement and no metastases distance. Treatment of primary choice in most cases was the surgery alone, but some associated surgery / radiotherapy / chemotherapy. In the prior dental treatment to antineoplastic therapy, those who were most in need were extractions, restorations, periodontal treatment and root canal treatment. The sequelae that more patients had after therapy were xerostomia / hypo salivation, pain and discomfort, oral mucositis and osteoradionecrosis. With this study, we can see the importance of the dentist intervention in the pre, post and during treatment for cancer.

**Keywords:** Carcinoma. Squamous Cell. Carcinoma. Epidermoid. Oral cancer.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária.....	29
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a etnia.....	30
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo hábitos de risco para o paciente.....	31
Tabela 4 - tempo médio de uso e quantidade média de cigarro por dia .....	31
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo histológico do CA de boca .....	33
Tabela 6 - Tempo de evolução da lesão de CA, percebida pelo paciente .....	34
Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com o T (Tamanho do Tumor Primário), no momento do diagnóstico.....	35
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com o N (envolvimento de linfonodo regional), no momento do diagnóstico .....	35
Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o M (Envolvimento por Metástases a Distância), no momento do diagnóstico .....	35
Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com a localização da lesão na cavidade oral ..	36
Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto aos tratamentos realizado após o diagnóstico de câncer bucal .....	37
Tabela 12 - Distribuição da amostra em relação ao acompanhamento pós-diagnóstico no ambulatório de Odontologia do HU/UFSC .....	38
Tabela 13 - Distribuição da amostra em relação ao reparo de boca realizado antes do início do tratamento antineoplásico.....	39
Tabela 14 - Distribuição das Sequelas pós-tratamento anti-neoplásico relatadas nos pacientes da amostra.....	40

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CD – Cirurgião Dentista

CA – Câncer

CEC– Carcinoma Epidermoide.

CEB – Carcinoma Epidermoide de Boca.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

HU/UFSC – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

INCA – Instituto Nacional de Câncer.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

TNM – Classificação do estadiamento do câncer

HPV – Papiloma Vírus Humano

CV – Carcinoma Verrucoso

PBMF – Prótese Buco Maxilo Facial

SUS – Sistema Único de Saúde

CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas

ORN – Osteorradiationecrose

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
4.1	CONCEITO E EVOLUÇÃO .....	18
4.2	EPIDEMIOLOGIA .....	18
4.3	ETIOLOGIA/ FATORES DE RISCO .....	19
4.3.1	Tabaco .....	20
4.3.2	Álcool .....	21
4.3.3	Outros.....	22
4.3.3.1	Vírus com potencial carcinogênico .....	22
4.3.3.2	Nutrição inadequada.....	23
4.4	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	24
4.4.1	Lesões cancerizáveis .....	24
4.5	ESTADIAMENTO E PROGNÓSTICO.....	25
4.6	TRATAMENTO / SEQUELAS .....	26
4.6.1	Cirurgia .....	27
4.6.2	Radioterapia .....	27
4.6.3	Quimioterapia.....	28
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>29</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DA AMOSTRA .....	29
5.2	INFORMAÇÕES REFERENTES AOS HÁBITOS DOS PACIENTES .....	31
5.3	INFORMAÇÕES REFERENTES AO CÂNCER PROPRIAMENTE DITO.....	33
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>
	<b>APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>47</b>
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>49</b>
	<b>APÊNDICE C - Aprovação do trabalho pelo CEP .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de boca é um termo que atualmente engloba um conjunto de neoplasias que acometem a cavidade oral, tendo diferentes etiologias e aspectos histopatológicos possíveis. Apesar dos inúmeros tratamentos e campanhas preventivas, o CA de boca continua sendo uma das doenças bucais que mais causam risco de morte ao paciente no mundo ocidental, ocupando assim o 6º lugar entre os cânceres mais prevalentes do mundo.

Dentre os variados tipos de câncer de boca, o carcinoma espinocelular (CEC), ou epidermóide de boca, se destaca por corresponder de 90 a 95% de todos os casos de câncer bucal (KARINE et al., 2009).

No Brasil, a incidência do CA de boca é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os 6 tipos de câncer mais comuns que acometem o gênero masculino e entre os 8 mais comuns que atingem o gênero feminino. Pode ser considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço, excluindo-se o câncer de pele (PEREZ et al., 2007).

Cerca de 75% dos casos de CEC oral ocorrem na faixa etária dos 40 anos, com predomínio do gênero masculino numa relação de 2:1. Entretanto, a incidência dessa patologia em mulheres tem aumentado nos últimos anos, provavelmente pela disseminação entre elas do hábito de fumar (DANIEL; GRANATO; GRANDO, 2006).

Tão importante quanto diagnosticar uma lesão já estabelecida é identificar no paciente a presença de fatores de risco ao desenvolvimento das mesmas. O tabaco e o álcool são os principais fatores etiológicos do CA de boca e estão presentes ao longo de muitos anos na vida dos pacientes sendo assim, facilmente identificados pelo profissional da Odontologia. Este, por sua vez, tem o dever de realizar orientações sobre os riscos do uso destas substâncias e da importância do abandono destas práticas (SANTOS et al., 2011).

O CD tem um papel intervencionista fundamental, uma vez que compete a ele realizar um minucioso exame da cavidade oral e diagnosticar precocemente lesões orais, quando presentes. Para isso, são utilizados recursos semiotécnicos como inspeção visual das estruturas bucais, palpação de cadeias ganglionares na região de cabeça e pescoço, palpação intra e extraorais. O prognóstico do paciente em geral diminui quando a doença é diagnosticada na fase avançada, quando o paciente tiver baixo status sócio- econômico, idade avançada e manutenção do estilo de vida de risco. Diante destes fatos é possível concluir que o CA de boca é uma doença de extrema relevância para a saúde pública mundial. Para intervir em uma realidade é necessário, antes de mais nada, conhecê-la (SANTOS et al., 2011).

A detecção da doença não deveria oferecer dificuldades, tendo em vista o fácil acesso a cavidade bucal e simplicidade no tocante a realização do exame da boca. Entretanto, o diagnóstico geralmente é realizado em estágios mais avançados de evolução da doença. Essa realidade pode estar associada a ausência de sintomatologia dolorosa nessa fase, ou ainda, a não realização do exame clínico detalhado da cavidade bucal pelos cirurgiões-dentistas nas consultas de rotina. O CD deve estar sempre preparado para detectar lesões cancerizáveis por meio do exame clínico, bem como ser capaz de avaliar possíveis fatores de riscos relacionados. Nesse contexto, o profissional poderá contribuir para o diagnóstico precoce do câncer bucal e, por conseguinte, para o sucesso em relação ao seu tratamento (SANTOS et al., 2011).

Em estudo realizado por Cimardi e Fernandes (2009), com a finalidade de avaliar a prática e atitude clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina em relação ao CA de boca, pode-se concluir que a maioria da amostra da pesquisa relatou realizar o exame em busca de lesões suspeitas, mas 47,5% dos participantes disseram nunca terem realizado o diagnóstico da doença. Apenas 11,7% dos entrevistados encaminhavam seus pacientes para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas).

Destaca-se a necessidade do aumento em estabelecer intervenções educacionais realizadas pelos CD. É necessário também organizar o treinamento específico que reforça o conhecimento dos dentistas e de suas atitudes preventivas em relação ao CA de boca. No estudo realizado com o objetivo de verificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal no município de Feira de Santana - BA, revelou que 69,5% dos profissionais consideraram baixo o nível de confiança para realizar procedimentos de diagnóstico de câncer bucal. Os profissionais relataram não investigar a presença de lesões na primeira consulta em 21,1% dos casos. Somente 58,3% apontaram o CEC como o tipo de câncer bucal mais frequente. Acreditavam que o uso de próteses mal adaptadas e a presença de dentes em mau estado constituíam-se em fatores de risco para a doença, respectivamente. Apenas 3,75% dos entrevistados obtiveram o maior conceito em relação ao conhecimento (SANTOS et al., 2011).

O CD precisa sair da graduação preparado para agir como agente transformador, capaz de perceber a realidade e enfrenta-la por meio de ações que associem a teoria à prática. Entretanto, os acadêmicos dos cursos de Odontologia em função da limitada experiência clínica ou do pouco conhecimento dos aspectos relacionados às lesões cancerizáveis e neoplasias malignas bucais revelaram-se despreparados para reconhecer os sinais e sintomas e fatores de risco relacionados ao CA de boca. O CD exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e ao

realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas (SANTOS et al., 2011).



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Conhecer o perfil dos pacientes portadores de câncer de boca atendidos no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Tiago (HU/UFSC) e estabelecer uma relação entre as necessidades odontológicas dos pacientes e o serviço oferecido pelo Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC, demonstrando então a importância do Cirurgião-Dentista antes, durante e após o tratamento.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1-** Distribuir a amostra quanto ao gênero, faixa etária, tipo de câncer de boca mais prevalente e sua localização;
- 2-** Identificar quais os agentes etiológicos do câncer de boca que mais acometeram os pacientes da amostra;
- 3-** Verificar o estágio em que o câncer de boca foi diagnosticado e correlacionar com as prováveis consequências do seu tratamento para o paciente;
- 4-** Identificar as opções de os tipos de tratamentos oncológicos realizados;
- 5-** Identificar os procedimentos odontológicos realizados previamente ao tratamento antineoplásico.
- 6-** Levantar as sequelas bucais apresentadas pelos pacientes no pós-tratamento do câncer de boca;

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 O projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. CAAE: 12079213.0.000.0121, parecer nº 1.692.232 (APÊNDICE C). Os pacientes atendidos no período de coleta de dados foram orientados sobre o trabalho e, os que concordaram em participar, assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

3.2 Trata-se de uma análise descritiva com abordagem retrospectiva, baseado nos dados obtidos através do levantamento dos prontuários de pacientes oncológicos atendidos no serviço ambulatorial de odontologia do HU/UFSC.

3.3 A população pesquisada era formada pelos pacientes com câncer de boca atendidos no ambulatório do Núcleo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), encaminhados para suporte odontológico no Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC e atendidos entre os períodos 2013.1 e 2015.2

Foram os seguintes os critérios de inclusão e exclusão:

- **Critério de inclusão:** pacientes de ambos os gêneros e de qualquer idade com diagnóstico de câncer de boca (qualquer TNM)
- **Critérios de exclusão:** pacientes que apresentarem outro tipo de câncer de cabeça e pescoço - que não o de boca - e os pacientes que não aceitarem assinar o TCLE.

3.4 A pesquisa contou também com a coleta de dados dos pacientes examinados, dados referentes à lesão e de questionamentos relacionados a fatores de risco anotados em prontuário pelo médico responsável pelo paciente e pelo CD responsável pelo atendimento, de acordo com o instrumento elaborado para este fim, pela pesquisadora (apêndice A).

Os resultados desta pesquisa foram tabulados em planilhas e gráficos no programa Microsoft Office Excel 2013 e no Word 2013 para análise estatística quantitativa.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO

O carcinoma epidermóide (CE) é a neoplasia maligna mais comum de cavidade oral e estruturas adjacentes. Apresenta maior incidência no gênero masculino, após a quarta década de vida, e tem como principais fatores etiológicos os usos crônicos de tabaco e álcool. O carcinoma epidermóide, também denominado carcinoma de células escamosas (CEC), representa aproximadamente 90% das neoplasias malignas da boca e cerca de 38% dos tumores de cabeça e pescoço. Cerca de 75% dos casos de CEC oral ocorrem na faixa etária dos 40 anos, com predomínio do gênero masculino numa relação de 2:1. Entretanto, a incidência dessa patologia em mulheres tem aumentado nos últimos anos, provavelmente pela disseminação entre elas do hábito de fumar. Clinicamente a lesão inicial pode se apresentar como uma alteração leucoplásica ou eritroleucoplásica. Com sua evolução, ocorre crescimento exofítico ou endofítico, de base endurecida e áreas de necrose. Em casos mais avançados, quando atinge tecido ósseo subjacente, o exame radiográfico poderá mostrar área radiolúcida com margens mal definidas e aspecto de roído de traça (DANIEL; GRANATO; GRANDO, 2006).

Em relação ao prognóstico, vários fatores devem ser considerados: graduação histopatológica e localização anatômica do tumor, idade avançada, estado de saúde geral e do sistema imunológico do paciente. A escolha do tipo de tratamento (cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia) está relacionada ao estadiamento clínico e ao grau de diferenciação histopatológico do tumor (DANIEL; GRANATO; GRANDO, 2006).

### 4.2 EPIDEMIOLOGIA

No mundo, considerando ambos os gêneros, o CA de boca e faringe ocupa o 6º lugar entre os tipos de câncer mais prevalentes (JOHNSON, 2001; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006; SAMAN, 2012; WARNAKULASURIYA, 2010; ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010). Nas nações em desenvolvimento, boca e faringe juntas são o 3º sítio mais comumente acometido em homens e o 4º em mulheres. As maiores taxas de CA de boca no mundo são encontradas na França, no subcontinente Indiano, no Brasil e nas regiões central e oriental da Europa (JOHNSON, 2001).

No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanomas, o CA de boca em homens é o 4º mais frequente na região Nordeste, o 5º mais frequente nas regiões Sudeste e

Centro-Oeste e ocupa o 6º lugar nas regiões Sul e Norte. Em mulheres, ocupa a 8ª posição na região Nordeste, a 9ª posição nas regiões Sudeste e Norte, é o 12º mais prevalente na região Centro-Oeste e o 15º na região Sul (INCA, 2012). Para o Brasil foram estimados para o ano de 2012, 9.990 casos novos de CA de boca em homens e 4.180 em mulheres (INCA, 2012).

Os sítios mais comumente afetados pelo CA de boca são: (1) lábios, chegando a responder por 60% dos casos de CA de boca em regiões aonde os trabalhadores se expõem regularmente ao sol por longas horas sem proteção adequada (JOHNSON, 2001); (2) língua, com destaque para os bordos laterais e (3) assoalho de boca (DURAZZO et al., 2005; ROSEBUSH et al., 2011; ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010).

O risco de desenvolver CA de boca aumenta com a idade e a maioria dos casos ocorre em indivíduos com mais de 50 anos (ARUNA et al., 2011; DEDIVITIS et al., 2004; DURAZZO et al., 2005; LIAO et al., 2007; ROSEBUSH et al., 2011; ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010). O CEC de boca pode se originar em um tecido epitelial aparentemente normal ou ser precedido por lesões cancerizáveis, com destaque para a leucoplasia, a eritroplasia e a eritroleucoplasia (leucoplasia salpicada) (JABER, 2010).

Os homens são de 2 a 3 vezes mais afetados para o desenvolvimento de CA de lábio do que mulheres (DURAZZO et al., 2005; JOHNSON, 2001; ROSEBUSH et al., 2011; WARNAKULASURIYA, 2010; ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010) devido a maior indulgência com os fatores de risco (tabaco e álcool) e a exposição prolongada e desprotegida ao sol (CA de lábio) por fatores ocupacionais (WARNAKULASURIYA, 2010).

Entretanto, em regiões como a Índia aonde mascar e fumar tabaco é comum entre as mulheres, a incidência de CA de língua e de outros CAs intra-orais pode ser igual ou maior em mulheres do que em homens (JOHNSON, 2001).

#### 4.3 ETIOLOGIA/ FATORES DE RISCO

Ao longo dos anos diversos estudos mostraram diferenças significativas na incidência dos diversos tipos de câncer de acordo com variações geográficas, diferenças culturais, ocupacionais e de estilo de vida. Estas disparidades levaram à convicção atual de que os fatores ambientais estão fortemente envolvidos no desenvolvimento de diversos tipos de CA (GOMES-CARNEIRO; RIBEIRO PINTO; PAUMGARTTEN, 1997). Segundo o INCA, de todos os casos de câncer, 80 a 90% estão associados a fatores ambientais e o surgimento do câncer estaria na dependência da intensidade e da duração da exposição das células a estes carcinógenos.

Além dos fatores ambientais deve-se considerar a constituição genética do indivíduo (fatores hereditários/ risco herdado), a qual pode ter maior ou menor importância, dependendo do tipo de CA. Este risco pode ser visto, em princípio, como não evitável, mas “a predisposição genética só se manifesta fenotipicamente a partir da interação do indivíduo com fatores ambientais”. (GOMES-CARNEIRO; RIBEIRO PINTO; PAUMGARTTEN, 1997). Sendo assim, identificar indivíduos geneticamente predispostos a um determinado tipo de CA permitiria a priorização de ações voltadas para a proteção contra os fatores de risco aos quais estes indivíduos seriam mais vulneráveis. Ou seja, conhecer estes fatores de risco é a base para uma prevenção efetiva do CA (OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006).

Mesmo sendo o CA de boca uma doença multifatorial com o desenvolvimento associado a fatores intrínsecos (idade, sexo) e extrínsecos (tabagismo, etilismo, nutrição inadequada, exposição a luz ultravioleta, infecção viral) o tabaco e o álcool são os dois fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da neoplasia e para o seu prognóstico. Combinados, tabaco e álcool, são responsáveis por cerca de 65% a 90% das neoplasias malignas bucais) (DURAZZO et al., 2005; JOHNSON, 2001; MELO et al., 2010; OLIVEIRA; RIBEIRO-SILVA; ZUCOLOTO, 2006). Em conjunto, os efeitos do uso de tabaco, do consumo pesado de álcool e de dietas pobres explicariam mais de 90% dos casos de CA de cabeça e pescoço. O álcool e o tabaco são fatores de risco sinérgicos que super-multiplicam o risco de CA de boca (risco aumentado em, pelo menos, 15X) (DURAZZO et al., 2005; JOHNSON, 2001; REIDY; MCHUGH; STASSEN, 2011; ROSEBUSH et al., 2011; WARNAKULASURIYA, 2010).

#### **4.3.1 Tabaco**

*“O tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo e mata uma pessoa a cada seis segundos” (WHO, 1979).*

É considerado pela OMS a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O fumo direto do tabaco é responsável pela morte de 5 milhões de pessoas no mundo, muitas delas ocorrendo de forma precoce. O tabaco mata mais do que a tuberculose, a AIDS e a malária juntas e é a única droga lícita que mata seu usuário quando usada exatamente da forma pretendida pelo fabricante (WHO, 1979).

O uso de tabaco é universalmente reconhecido como o maior fator de risco isolado para o CA bucal (ROSEBUSH et al., 2011). Entre homens de países industrializados estima-se que o fumo seja a causa de 85% das mortes por CA de boca (JOHNSON, 2001).

Existem diversas formas possíveis de uso do tabaco. Muitos indivíduos no mundo consomem o tabaco sem a sua combustão. Ele pode ser posto em contato com as membranas mucosas (oral, nasal) através das quais a nicotina seria absorvida e exerceria seu efeito farmacológico. O tabaco também pode ser preparado em blocos para ser mascado (JOHNSON, 2001). Usuários de tabaco sem fumaça tem o risco de desenvolver CEC oral 2 vezes maior do que quem nunca fez uso desta substância (ROSEBUSH et al., 2011). Em países em desenvolvimento, especialmente, o tabaco é consumido com outros ingredientes (noz de Areca, folha de Betel, cal hidratada, óleo de algodão ou gergelim, bicarbonato de sódio, entre outros) que podem aumentar significativamente o risco de Carcinoma de Células Escamosas (CEC) bucal. Um bom exemplo é o “Toombak”, muito consumido no Sudão, que é uma associação de tabaco e bicarbonato de sódio que contém altíssimos níveis de nitrosaminas específicas do tabaco (JOHNSON, 2001).

Outra forma de uso do tabaco é o fumo, seja na forma de cigarro industrializado, “palheiro”, cachimbo ou charuto. Cerca de 80% dos pacientes com CEC oral tem história de fumo de tabaco e fumantes de cigarro tem um risco 10 vezes maior de desenvolver esta patologia do que quem nunca fumou (ROSEBUSH et al., 2011).

#### **4.3.2 Álcool**

O consumo excessivo de álcool está associado ao desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo doenças cardíacas, mal de Alzheimer, acidente vascular cerebral, doenças hepáticas, diabetes melitus, entre outras. Além disso, o consumo de álcool já foi há muito reconhecido como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de CA de boca (REIDY; MCHUGH; STASSEN, 2011).

Entretanto, os indivíduos portadores de CA de boca que ingerem álcool também estão, na grande maioria, expostos a outros fatores de risco – como o cigarro – o que torna difícil avaliar os efeitos destes fatores individualmente (PETTI; MOHD; SCULLY, 2012; REIDY; MCHUGH; STASSEN, 2011). Apesar disso, as evidências que suportam o papel do álcool na etiologia do CA bucal são bastante convincentes e uma significativa proporção das mortes por CA oral podem ser atribuídas ao consumo frequente de álcool (REIDY; MCHUGH; STASSEN, 2011).

### 4.3.3 Outros

Há uma minoria de pacientes que, mesmo não expostos aos principais fatores de risco (cigarro e álcool) desenvolveriam CA de boca. Estudos mostram que estes pacientes desenvolvem o CA especialmente na mucosa bucal e no rebordo alveolar superior. Entre os fatores que podem estar relacionados ao surgimento de CA oral nestes pacientes é possível citar vírus e nutrição inadequada.

#### 4.3.3.1 Vírus com potencial carcinogênico

Existem casos de CEC de boca que ocorrem em pacientes jovens e senis, que não consomem álcool e tabaco e podem seguir um curso particularmente agressivo (JOHNSON, 2001). A relação destes casos com o Papiloma Vírus Humano (HPV) (particularmente os subtipos 16 e 18) vem sendo investigada. Não foi comprovado que o HPV seja um importante fator de risco para o CA de boca, muito embora o HPV 16 pareça representar um subtipo que conta para o recente aumento de CEC de boca em adultos relativamente jovens, não fumantes (ROSEBUSH et al., 2011).

O CEC surge a partir dos queratinócitos e apresenta diversas variantes clínico-histopatológicas, incluindo o carcinoma verrucoso (CV). Apesar de maligna, essa variante cursa com algumas características de tumor benigno. As características "benignas" do CV são o lento crescimento, o padrão evolutivo mais expansivo do que invasivo, e a boa diferenciação celular (ZANINI et al., 2004).

A agressividade biológica é limitada ao local, sendo um tumor de crescimento predominante horizontal, e com maior tendência para erodir do que infiltrar. Tem bom prognóstico, raramente determinando metástases regionais, e não cursa com metástases a distância. Sua etiopatogenia está relacionada com carcinógenos biológicos (HPV), químicos (tabagismo) e físicos (trauma constante). Quanto ao CV oral, o tabagismo, o hábito de mascar bétel e rapé e infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) destacam-se como os principais fatores carcinogênicos (ZANINI et al., 2004).

#### 4.3.3.2 Nutrição inadequada

Existem evidências cumulativas que indicam uma correlação positiva entre baixa ingestão de frutas e vegetais frescos e risco aumentado de CA de boca (WARNAKULASURIYA, 2009). Estudos apontam um forte efeito de proteção advindo dos carotenoides e da vitamina C de frutas e vegetais contra o CA de boca (JOHNSON, 2001). De acordo com La Vecchia et al. (1997), aproximadamente 15% dos casos de CA de boca e de faringe podem ser atribuídos a deficiências ou desequilíbrios nutricionais. O consumo diário adequado de frutas e verduras frescas proporciona uma redução no risco de desenvolvimento de CA oral estimada em 50%. Riscos maiores estão associados ao alto consumo de carne e produtos processados de carne (WARNAKULASURIYA, 2009).

A incidência global de câncer tem se mostrado menor nos países do Mediterrâneo, em relação aos países do Norte, como Reino Unido e os Estados Unidos. Há evidências crescentes que a adesão a um padrão de dieta mediterrânea se correlaciona com a redução de risco e da mortalidade de vários tipos de câncer (SCHWINGSHACKL; HOFFMANN; HOFFMANN, 2016). A dieta mediterrânea, segundo especialistas em nutrição, caracteriza-se por uma abundante quantidade de alimentos de origem vegetal (frutas, vegetais, pão e outros cereais, batata, feijão, nozes e sementes); alimentos pouco processados e de produção local; frutas frescas como sobremesa típica e doces concentrados em açúcar ou mel são consumidos poucas vezes na semana; o azeite de oliva é a principal fonte de gordura; o peixe, o frango e a carne são consumidos em quantidades pequenas e moderadas; os laticínios, principalmente queijo e iogurte também são consumidos em quantidades reduzidas; o consumo de ovos é de até quatro vezes na semana e o vinho é consumido moderadamente nas refeições (WILLETT et al., 1995).

A dieta mediterrânea é mundialmente conhecida e famosa por auxiliar na prevenção do câncer, uma vez que os alimentos que a compõem são fontes de vitaminas, minerais, ácidos graxos mono e poli-insaturados, fibras e antioxidantes. Contém um alto valor de betacaroteno, licopeno, vitaminas E e C, e ômega-3).



#### 4.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Cerca de 90 a 96% dos CAs de boca são do tipo Carcinoma Epidermóide (CEC) (DURAZZO et al., 2005; JABER, 2010; JOHNSON, 2001; ROSEBUSH et al., 2011; ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010) embora outros tipos de neoplasias malignas também possam acometer a cavidade oral, como sarcoma, linfoma, melanoma, entre outros (ZINI; CZERNINSKI; SGAN-COHEN, 2010).

##### 4.4.1 Lesões cancerizáveis

As lesões cancerizáveis ou pré-malignas são alterações teciduais que podem, a qualquer momento, assumir o caráter de neoplasia maligna (SILVEIRA et al., 2009).

A leucoplasia é a lesão cancerizável mais comum e representa cerca de 85% destas lesões. Segundo a OMS é definida como uma placa branca não removível à raspagem que não pode ser caracterizada clinicamente ou patologicamente como qualquer outra doença (NEVILLE et al., 2004). Sendo assim, seu diagnóstico clínico é feito por exclusão e o diagnóstico diferencial com lesões como o líquen plano bucal, ceratose friccional, ceratose da bolsa de tabaco, leucoedema, morsicatio bucal, estomatite nicotínica, candidíase leucoplásica e nevo branco esponjoso é imprescindível. A leucoplasia pode ser classificada em homogênea e não homogênea. Esta última apresenta, com maior frequência, características histopatológicas de displasia epitelial severa ou mesmo carcinoma invasivo do que a primeira que, geralmente, demonstra alterações celulares discretas (GOÉS et al., 2007).

A eritroplasia, outra lesão cancerizável que merece destaque, também possui diagnóstico por exclusão, sendo definida como uma placa ou lesão macular, de coloração vermelha que não pode ter outro diagnóstico. É uma lesão rara mas cerca de 90% das eritroplasias já apresentam displasia, carcinoma *in situ* ou carcinoma invasivo (HOSNI et al., 2009).

Qualquer lesão que persista na boca por mais de duas semanas após removido o possível fator etiológico deve ser biopsiada para avaliar a presença de displasia epitelial (ROSEBUSH et al., 2011).

Geralmente, no estágio inicial, o CEC é indolor e seu sinal mais comum é uma úlcera que não cicatriza (ROSEBUSH et al., 2011).

O CEC possui diversas formas de apresentação. Duas delas, leucoplasia e eritroplasia, já foram anteriormente descritas e são, normalmente, CEC em estágio inicial. Quando já

estabelecido e ulcerado, o CEC pode apresentar-se como uma úlcera exofítica ou endofítica, com bordos elevados e com base firme a palpação (ROSEBUSH et al., 2011).

A lesão exofítica tem, de maneira geral, uma úlcera de superfície irregular, do tipo crateriforme ou fungiforme, papilar ou verrucosa, e endurecida a palpação. No que diz respeito a coloração, esta pode ser semelhante à da mucosa normal, vermelha ou branca - dependendo da quantidade de ceratina produzida e da vascularização no tecido conjuntivo subjacente (NEVILLE et al., 2004).

A lesão endofítica é caracteristicamente uma área central ulcerada, de forma crateriforme e irregular, com uma borda “enrolada” de mucosa normal (resultado da invasão do tumor para baixo e lateralmente no epitélio adjacente), de coloração vermelha ou branca (NEVILLE et al., 2004).

Pode haver destruição do osso subjacente pelo tumor. Radiograficamente, esta aparece como uma radiolucidez com aspecto de “roído por traças” com as margens mal definidas e irregulares. Mesmo com destruição óssea presente o indivíduo portador do CEC pode não ter queixas álgicas (NEVILLE et al., 2004).

#### 4.5 ESTADIAMENTO E PROGNÓSTICO

O sistema TNM de estadiamento é consagrado por tradição e trabalha com a classificação por extensão anatômica da doença determinada clínica e histopatologicamente (quando possível). Tem como base a avaliação de três componentes (BRASIL, 2004), sendo eles:

T – Extensão do tumor primário;

N- Ausência ou presença e extensão de metástase em linfonodos regionais;

M- Ausência ou presença de metástase à distância (BRASIL, 2004).

A classificação TNM clínica para tumores malignos de lábios e cavidade oral segue os seguintes parâmetros, como mostrados no quadro 1:

Quadro 1 – Classificação do CA referente a tamanho do tumor primário (T), envolvimento de linfonodos regionais (N) e envolvimento por metástases à distância (M).

<b>T</b>	<b>Tumor Primário</b>
TX	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Tumor primário não evidente
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão
T2	Tumor com mais de 2cm e até 4cm em sua maior dimensão
T3	Tumor com mais de 4cm em sua maior dimensão
T4	Tumor invade estruturas adjacentes (mandíbula, maxila, musculatura, etc.)
<b>N</b>	<b>Linfonodos Regionais</b>
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástases em linfonodos regionais
N1	Metástases em único linfonodo ipsilateral ao tumor primário com 3cm ou menos em sua maior dimensão
N2	N2a: Metástase em único linfonodo ipsilateral ao tumor primário com mais de 3cm e até 6cm em sua maior dimensão N2b: Metástases em linfonodos ipsilaterais ao tumor primário, onde nenhum tenha mais de 6cm em sua maior extensão N2c: Metástases em linfonodos bilaterais ou em linfonodo(s) contralateral(is), onde nenhum ultrapasse 6cm em sua maior dimensão
N3	Metástases em linfonodo(s) regional(is) com mais de 6cm em sua maior extensão
<b>M</b>	<b>Metástases à distância</b>
Mx	Metástases à distância não podem ser avaliadas
M0	Ausência de metástases à distância
M1	Presença de metástases à distância

Fonte: INCA (2015).

O prognóstico varia baseado no estadiamento e em outros fatores que incluem: fatores relacionados ao paciente no momento do diagnóstico (idade, gênero, continuidade da presença de fatores de risco), fatores relacionados ao tumor (sítio, tamanho, grau de diferenciação, comportamento biológico, presença de metástase a distância) e fatores relacionados ao tratamento (modalidade e rigor no tratamento, qualidade do tratamento de suporte) (JOHNSON, 2001; ROSEBUSH et al., 2011).

#### 4.6 TRATAMENTO / SEQUELAS

O tratamento do CA de boca é extremamente complexo e envolve diversos especialistas como cirurgião de cabeça e pescoço, oncologista clínico, radioterapeuta, cirurgião plástico, cirurgião dentista, fonoaudiólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo (ARGIRIS et al., 2008).

O diagnóstico precoce é de suma importância na definição do percurso do tratamento, uma vez que interfere diretamente no aumento ou diminuição da expectativa de vida do paciente. Tendo isto em vista, a função do cirurgião dentista é de extrema importância e valor. A ausência de sintomatologia na fase inicial, a falta de preparo do cirurgião-dentista, o medo e

a falta de informação são fatores que podem interferir diretamente no tempo de diagnóstico (SANTOS et al., 2011).

O tratamento de escolha do CA de boca é a cirurgia radical e mutiladora, associada ou não à radioterapia e/ou quimioterapia (ARGIRIS et al., 2008; ROSEBUSH et al., 2011; SCULLY; BAGAN, 2009).

#### **4.6.1 Cirurgia**

A ressecção cirúrgica do tumor com ampla margem de segurança é o tratamento inicial definitivo padrão para o CA de boca mas pode ser limitada pela extensão anatômica deste e por fatores relacionados ao paciente (ARGIRIS et al., 2008; SCULLY; BAGAN, 2009). Dificilmente se consegue realizar cirurgias com ampla margem de segurança, o que gera uma necessidade de tratamento adjuvante, como a radioterapia. Embora a cirurgia seja o tratamento de escolha deste tipo de neoplasia maligna é a modalidade de tratamento que mais causa mutilação ao indivíduo tratado. Tumores que envolvem o osso (mandíbula ou maxila) exigem a ressecção do mesmo (SCULLY; BAGAN, 2009) aumentando, portanto, as sequelas estéticas e funcionais, tais como dificuldades mastigatórias, de fonação, disgeusia, disfagia, disfonia, trismo, etc.

A reabilitação do tecido ósseo e da função perdidos na maxila é mais facilmente realizada através de próteses bucomaxilofaciais (PBMF). A reabilitação da mandíbula perdida é mais complexa, pois existe menos sustentação para as PBMF, exigindo a combinação com técnicas cirúrgicas reconstrutoras e equipes de maior complexidade, dificilmente realizadas pelo Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).

#### **4.6.2 Radioterapia**

Radioterapia é uma modalidade de tratamento para neoplasias malignas na qual o agente terapêutico é a radiação ionizante. Células com alto grau de mitose são mais radio sensíveis do que aquelas com baixa taxa de mitose. As células neoplásicas estão em um processo de multiplicação contínuo e são, portanto, passíveis de sofrerem os efeitos da radiação. No entanto, a capacidade de multiplicação varia de acordo com o tipo celular existindo, dessa forma, uma escala de radiosensibilidade (JHAM; FREIRE, 2006).

O tratamento radioterápico possui um importante papel no tratamento de indivíduos com CA de boca. Embora a radioterapia tenha como vantagem a preservação da estrutura

tecidual, em virtude da localização do tumor, diversas estruturas (como glândulas salivares, ossos maxilares, mucosa oral, músculos, entre outros) são afetadas por esta terapia. Como resultado da exposição desses tecidos à radiação podem ocorrer inúmeros efeitos adversos que se manifestam na cavidade oral, tais como mucosite, hipossalivação, cáries de radiação, alterações no paladar, trismo, necrose de tecido mole, osteorradionecrose, etc. Estas alterações podem causar graves problemas durante e após o tratamento radioterápico e são um fator determinante na qualidade de vida do indivíduo tratado (JANSMA et al., 1992; JHAM; FREIRE, 2006; LITTLE et al., 2008).

Para minimizar e, até mesmo, evitar esses efeitos adversos é necessário que o paciente seja acompanhado por um cirurgião dentista antes, durante e após o tratamento radioterápico. O objetivo da avaliação/tratamento odontológico antes da terapia é eliminar possíveis focos de infecção: dentes com prognóstico duvidoso devem ser extraídos; bordos cortantes de dentes, restaurações ou próteses devem ser polidos para evitar traumatismo à mucosa; dentes cariados devem ser restaurados; uma cuidadosa raspagem e polimento coronário devem ser realizados com o intuito de reduzir a severidade da mucosite oral. Durante o tratamento radioterápico o cirurgião dentista tem importante papel no manejo da mucosite oral, no tratamento de infecções oportunistas, no aconselhamento ao paciente no que diz respeito à higiene oral (que pode ser de grande dificuldade para o paciente em virtude das lesões em mucosa). E no pós tratamento o cirurgião dentista deve acompanhar o paciente regularmente mantendo-o motivado a continuar com os cuidados de higiene oral, avaliar a necessidade de uso de saliva artificial, planejar e executar tratamento reabilitador, entre outros (JOSH; SCULLY, 2012).

#### **4.6.3 Quimioterapia**

É usada como tratamento primário em cânceres de cabeça e pescoço localmente avançados ou como terapia adjuvante. Quimioterapia e doses fracionadas de radiação associadas melhoram o controle do tumor e reduzem a toxicidade tardia, mas em contrapartida estão associadas a toxicidade oral aguda mais severa, principalmente mucosite oral e infecções oportunistas como as candidíases orais (EPSTEIN et al., 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte da amostra 80 pacientes atendidos no Núcleo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HU/UFSC. Apenas pacientes portadores de câncer de boca foram analisados. Os dados analisados e os dados obtidos foram classificados em diferentes grupos de informações de acordo com: características dos pacientes da amostra, informações sobre hábitos de risco dos pacientes e informações sobre tratamentos e sequelas. Os referidos dados serão apresentados em forma de tabelas e textos.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DA AMOSTRA

Na pesquisa observa-se uma predominância do gênero masculino, que compôs 83,75% do total de participantes, e o gênero feminino correspondeu com apenas 16,25% da amostra. Os trabalhos de Detivitis et al. (2004), Durazzo et al. (2005), Johnson (2001), Rosebush et al. (2011), Warnakulasuriya (2010), Zini; Czerninski; Sgan-Cohen (2010) apontaram que o gênero masculino é mais exposto aos fatores de risco (tabaco, álcool, exposição desprotegida ao sol), sendo a causa desta disparidade entre os gêneros feminino e masculino.

Foi feita distribuição de acordo com idade e etnia, como mostram os dados abaixo:

Tabela 1 - Características da amostra de acordo com a faixa etária

<b>IDADE DO PACIENTE (ANOS)</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
40-50	11	13,75%
50-60	28	35,00 %
60-70	34	42,50%
70-80	05	6,25%
80-90	02	2,50%
90-100	00	0%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todos os pacientes da amostra se encontravam na faixa etária entre 40 e 89 anos, como observa-se na Tabela 1. A faixa de maior frequência de pacientes com CA foi a de 60 a 69 anos, totalizando 42,5% dos casos. Os dados apresentados referentes a faixa etária corroboram com os trabalhos de Aruna et al. (2011), Dedivitis et al. (2004), Durazzo et al. (2005), Liao et al. (2007), Rosebush et al. (2011) e Zini; Czerninski; Sgan-Cohen (2010) que afirmaram que o risco de desenvolver CA de boca aumentaria com a idade e que a maioria dos casos desta doença

ocorreria em indivíduos com mais de 50 anos, que pode ser percebido pelos dados obtidos, uma vez que após os 50 anos de idade o percentual cresce consideravelmente.

Na tabela a seguir, referente às etnias (Tabela 2), foram citadas as mais frequentes no estado de Santa Catarina, sendo elas leucoderma e melanoderma. Outras etnias não apareceram na amostra.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com a etnia

<b>COR DA PELE</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Leucodermas	66	82,5%
Melanodermas	9	11,25%
Dado inexistente no prontuário PADRONIZAR ALTERNATIVA	5	6,25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

O estado de Santa Catarina foi colonizado majoritariamente por portugueses, alemães, italianos, austríacos e poloneses e possui, portanto, composição étnica predominante da raça branca (88,1% de sua população). É possível observar a distribuição dos pacientes de acordo com a cor da pele. Os leucodermas corresponderam à maioria da amostra (82,5%), sendo que a minoria era composta por pacientes melanodermas (11,25%). Dedivitis et al. (2004) obtiveram resultado semelhante em seu estudo onde, dos 43 pacientes com CA de boca analisados, 90,7% eram leucodermas. Pereira et al. (2003) obtiveram uma prevalência de 83,85% de pacientes leucodermas com CA de boca em um total de 322 pacientes avaliados. Durazzo et al. (2005) também obtiveram em seu estudo alta percentagem de pacientes leucodermas: dos 374 pacientes avaliados, 80,6% pertenciam a esse grupo.

Este último autor atribui esse alto índice de CA de boca entre pacientes leucodermas à inclusão do CA de lábio no estudo, tendo em vista que esse e tipo de CA ocorre marcadamente em pacientes de pele clara e que se expõe cronicamente ao sol.

## 5.2 INFORMAÇÕES REFERENTES AOS HÁBITOS DOS PACIENTES

Segundo estudos disponíveis na literatura, os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca são o tabaco e o álcool.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo hábitos de risco para o paciente

<b>PACIENTE FUMANTE</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Sim	48	60%
Não	10	12,5%
Ex-fumante	10	12,5%
Dado inexistente no prontuário	12	15%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
<b>PACIENTE ALCOOLISTA</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Sim	33	41,25%
Não	12	15%
Ex-alcoolista	15	18,75%
Dado inexistente no prontuário	20	25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>
<b>PACIENTE USUÁRIO DE DROGAS ILÍCITAS</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Sim	3	3,75%
Não	54	67,5%
x-usuário	1	1,25%
Dado inexistente no prontuário	22	27,5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 4 - tempo médio de uso e quantidade média de cigarro por dia

<b>Tempo médio de uso do cigarro</b>	<b>Quantidade média/dia*</b>
21,2 anos/pessoa	23 cigarros/dia

Fonte: Elaborado pelo autor.

No presente estudo, como apresentado na Tabela 3, a maioria dos pacientes com CA de boca era tabagista (60%). O número de ex-tabagistas e não tabagistas se igualou, ambos representando 12,5% dos pacientes, respectivamente. O que acaba por interferir nos resultados



é o fato de 15% dos prontuários analisados não apresentarem a informação solicitada sobre tabaco, álcool e drogas ilícitas.

Pereira et al. (2003) encontrou esta realidade, embora com uma maior porcentagem (63,35%) do que a deste estudo, referente ao número de pacientes tabagistas. Dedivitis et al. (2004), Melo et al. (2010) e Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006) corroboram com este dado com taxas de 76,8%, 67,1% e 87%, respectivamente, de pacientes com CA de boca que tinham o hábito de fumar. O tempo médio de uso entre os pacientes foi de 21,2 anos, sendo a quantidade média de fumo igual a 23 cigarros por dia. Grande parte dos pacientes, mesmo após o diagnóstico, mantém o hábito de fumar. Ostroff et al. (1995), afirmam que a prevalência destes pacientes é de 26 a 61%. Indivíduos que continuam a fumar após terem sido diagnosticados com câncer de boca apresentam risco aumentado para efeitos colaterais advindos da terapia anti-neoplásica, recidiva de doença, ocorrência de segundos tumores primários e aumento na chance de mortalidade.

A Tabela 3 mostra também quantos dos pacientes da amostra faziam uso de bebidas alcoólicas, bem como a frequência de ingestão. O dado encontrado de pacientes alcoolistas (41,25%) é um pouco inferior ao do estudo realizado por Durazzo et al. (2005), que observou o consumo de bebida alcoólica em 56,6% dos casos avaliados no seu estudo e mais distante ainda dos 73% observados por Fardin et al. (2004). Apesar da diferença ser alta, o valor encontrado representa um número significativo perante aos riscos que o hábito oferece. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas especialmente quando combinado com uso de tabaco é um fator de risco significativo no desenvolvimento de CA de boca (MCDOWELL, 2006).

Quanto ao uso de drogas ilícitas, nota-se um baixíssimo número de usuários (3,75%), e um alto número de pacientes não adeptos (67,5%). O abuso de drogas é um dos principais problemas sociais e de saúde pública do mundo. Alguns estudos sugerem um aumento significativo do número de dependentes químicos com manifestações orais decorrentes do consumo de drogas, bem como a falta de conhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas quanto ao assunto. Percebe-se que é preciso uma atenção especial do cirurgião dentista durante o atendimento desses pacientes pois, em muitos casos, serão os profissionais dessa área os primeiros a terem a oportunidade de diagnosticar o surgimento de possíveis alterações ocorridas devido ao consumo de cigarro, álcool ou drogas ilícitas (MARQUES et al., 2016).

As drogas ilícitas que foram relatadas em prontuário são maconha e cocaína em pó. A maconha, depois do álcool, é a droga mais consumida no mundo, tendo como constituinte químico majoritário, responsável pelos efeitos no sistema nervoso central (SNC), que gera um efeito supressor da resposta imune. Os usuários de maconha, geralmente, apresentam uma pior

saúde bucal comparado aos não usuários. Entre as principais manifestações bucais provocadas pelo uso da maconha encontram-se a cárie dentária, doenças periodontais, estomatite, xerostomia e candidíase. Assim como o cigarro, a fumaça da maconha possui um potencial cancerígeno, ou seja, ela tem a capacidade de alterar e lesionar o epitélio da mucosa oral, sendo frequente o surgimento de leucoplasia e eritroplasia, principalmente quando o usuário também faz uso do cigarro. Já a cocaína é uma droga estimulante do SNC. Quando a cocaína é aspirada, seus efeitos vasoconstritores fazem que o uso prolongado resulte em necrose e perfuração do septo nasal. Esse efeito vasoconstrictor produz irritação da mucosa do palato, que pode evoluir para perfuração nasal e destruição dos ossos maxilares. Entre os principais efeitos da cocaína, encontram-se a gengivite ulceronecrosante, periodontite avançada, laceração gengival e principalmente lesões na gengiva semelhantes a queimaduras, alto índice de cáries e perdas dentárias, candidíase e bruxismo, mas não o CA de boca (MARQUES et al., 2016).

### 5.3 INFORMAÇÕES REFERENTES AO CÂNCER PROPRIAMENTE DITO

Com relação aos tipos histológicos das neoplasias malignas orais há consenso entre os estudos de que o tipo mais prevalente é o CEC. Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 5:

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo histológico do CA de boca

<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
CEC	80	100%
Não CEC	0	0%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dedivitis et al. (2004), Pereira et al. (2003), Rosebush et al. (2011) e Durazzo et al. (2005) encontraram esse tipo histológico em 90,3% dos casos estudados, seguido de 4% de carcinomas glandulares e 1,1% de carcinoma verrucoso. Pereira et al. (2003) também obtiveram acentuado predomínio de CEC (89,9%) em relação a outros tipos histológicos. Os resultados obtidos no presente estudo (prevalência de CEC em 100% dos casos), estão de acordo com a literatura pesquisada e podem ser observados na Tabela 6:

Tabela 6 - Tempo de evolução da lesão de CA, percebida pelo paciente

<b>TEMPO DE EVOLUÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
0 – 3 meses	29	36,25%
3 – 6 meses	18	22,5%
6 – 9 meses	13	16,25%
9 – 12 meses	1	1,25%
12 – 24 meses	5	6,25%
Acima de 2 anos	6	7,5%
Dado inexistente em prontuário	8	10%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na Tabela 6, observa-se em meses o tempo de evolução da lesão de câncer, percebida pelo paciente e relatada na primeira consulta no ambulatório, ou seja, quando o próprio indivíduo percebeu alterações bucais significativas e procurou, ou foi encaminhado por outro CD, para obter ajuda. Na grande maioria dos casos, a lesão foi percebida e diagnosticada em um curto período de tempo, sendo 36,25% dos casos diagnosticados em até 3 meses, e 22,5% dos casos em até 6 meses. É de suma importância que o diagnóstico seja feito precocemente ou o mais rapidamente possível, uma vez que isso aumenta consideravelmente a expectativa de vida do paciente. O diagnóstico precoce pode ser estabelecido durante a fase pré-neoplásica ou em fases incipientes da evolução da doença, nas quais as chances de cura se aproximam de 100% (leucoplasia, eritroplasia, carcinoma “in situ” e carcinoma microinvasivo). Para essa detecção, é necessário fazer o exame físico, que poderá ser confirmado pelo histopatológico e, por essa razão, um atraso durante a detecção pode resultar em um aumento de ocorrência de diagnóstico em estágios avançados (SANTOS et al., 2011).

O estadiamento dos pacientes da amostra seguindo os critérios da classificação TNM (BRASIL, 2004) está apresentado nas Tabelas 6, 7 e 8. Um ponto a ser destacado é a grande defasagem de dados por não estarem registrados no prontuário do paciente. Foram excluídos desta avaliação da amostra os 25 prontuários que não apresentavam o estadiamento feito pelo cirurgião de cabeça e pescoço, para que não houvesse uma grande alteração nos dados, uma vez que representariam 31,25% do total.

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com o T (Tamanho do Tumor Primário), no momento do diagnóstico

ESTADIAMENTO T	FREQUÊNCIA (n)	%
Tx	0	0%
T0	0	0%
T1	9	16,36%
T2	21	38,18%
T3	15	27,27%
T4	10	18,18%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com o N (envolvimento de linfonodo regional), no momento do diagnóstico

ESTADIAMENTO N	FREQUÊNCIA (n)	%
Nx	4	7,27%
N0	30	54,54%
N1	5	9,1%
N2a	1	1,81%
N2b	8	14,54%
N2x	2	3,63%
N3a	0	0%
N3b	0	0%
N3x	5	9,1%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 9 - Distribuição da amostra de acordo com o M (Envolvimento por Metástases a Distância), no momento do diagnóstico

ESTADIAMENTO M	FREQUÊNCIA (n)	%
Mx	17	30,9%
M0	38	69,1%
M1	0	0%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

O estudo de Pereira et al. (2003) apresentou maior prevalência de lesões em estágio inicial (T1= 30,86% dos casos e T2= 25,72% dos casos), diferente do presente estudo, que apontou os estadiamentos T2 (38,18%) e T3 (27,27%) como os mais prevalentes, como indica a Tabela 7. Tais dados podem de indicar uma possível necessidade de melhora na questão de diagnóstico precoce por parte dos cirurgiões-dentistas, como no estudo de Durazzo et al. (2005), que obteve maior prevalência de lesões classificadas como T4 que somaram 39,7% da amostra, indicando deficiência em prevenção e/ou diagnóstico precoce.

Segundo Magrin e Kowalski (2003) a incidência de envolvimento de linfonodos regionais (N) em carcinomas primários de boca e orofaringe pode chegar a 85%. O presente estudo, diferente do exposto por estes autores, apresentou maior prevalência de N0 (54,54%), com N2 e N3 representando, somados juntos, apenas nos 29,08% da amostra, como mostra a Tabela 8.

Não houve metástases à distância nos pacientes avaliados, como pode ser visto na Tabela 9.

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com a localização da lesão na cavidade oral

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO			FREQUÊNCIA (n)	%
Extra oral	Lábio		17	21,25%
Intra oral	Língua	Bordo	15	18,75%
		Ventre	5	6,25%
	Assoalho bucal		8	10,00%
	Rebordo alveolar		3	3,75%
	Corpo de mandíbula		6	7,50%
	Maxila		2	2,50%
	Palato		10	12,50%
	Região retromolar		9	11,25%
	Orofaringe *		5	6,25%
Dado inexistente no prontuário			0	0%
Total			80	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que diz respeito à localização anatômica, os resultados do presente estudo podem ser observados na Tabela 10. Houve predomínio das lesões em língua, sendo 18,75% em região de bordo lateral e 6,25% em região de ventre, totalizando 25% das lesões. Seguidamente aparecem as localizadas em lábio (21,5%). Pereira et al. (2003) obtiveram predomínio de lesões localizadas em lábio (35,09% dos casos) seguida das localizadas em língua (bordos laterais e ventre) que somaram 19,56%. Já Oliveira, Ribeiro-Silva e Zucoloto (2006) obtiveram predomínio de lesões localizadas em língua (27,9%), assoalho de boca (27,1%) e lábio (18,8%) da mesma forma que Durazzo et al. (2005) que obtiveram prevalência de 32,1% em língua, 23,5% em assoalho de boca e 20,3% em lábio, estando mais aproximados dos resultados da presente pesquisa.

O estado de Santa Catarina, como já citado, apresenta composição étnica predominantemente leucoderma. Além disso, este estado apresenta um extenso litoral, com intensa atividade pesqueira e portuária o que talvez justifique esta alta predominância de CEC de lábio pois, como já citado anteriormente, este ocorre marcadamente em pacientes leucodermas que se expõe de maneira prolongada ao sol.

Em relação aos tratamentos propostas para o câncer de boca, segundo Little et al. (2008), para a maioria dos casos de CEC iniciais, o tratamento de escolha é a cirurgia exclusiva e aqueles em estágio avançado (envolvendo osso, estruturas vasculares, múltiplos linfonodos) são tratados com terapias combinadas (cirurgia e radioterapia).

Tabela 11 - Distribuição da amostra quanto aos tratamentos realizado após o diagnóstico de câncer bucal

<b>TRATAMENTO REALIZADO</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Cirurgia	26	32,5%
Cirurgia + radioterapia	10	12,5%
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	10	12,5%
Radioterapia + quimioterapia	17	21,25%
Dado inexistente no prontuário	17	21,25%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como a maior parte dos pacientes avaliados apresentava lesões em estágio inicial, a modalidade de tratamento mais realizada pelo serviço no qual o presente estudo foi realizado foi a cirurgia exclusiva (32,5%), como pode ser observado na Tabela 11. O estadiamento é feito pelo cirurgião de cabeça e pescoço e é ele quem decide qual o melhor tratamento para o paciente. O tratamento cirúrgico exclusivo está mais restrito às lesões pequenas e este fato merece destaque, pois, graças ao diagnóstico precoce, além de as sequelas em decorrência do tratamento cirúrgico serem significativamente menores, estes pacientes não precisam ser submetidos a radioterapia e, conseqüentemente, às suas sequelas.

Tabela 12 - Distribuição da amostra em relação ao acompanhamento pós-diagnóstico no ambulatório de Odontologia do HU/UFSC

<b>ACOMPANHAMENTO</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Fez acompanhamento no ambulatório/odonto hospitalar	30	37,5%
Não fez acompanhamento no ambulatório/odonto hospitalar	50	62,5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com base nos dados da Tabela 12, nota-se um alto índice de não continuidade dos tratamentos propostos pelo Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC aos pacientes diagnosticados com câncer bucal, somando 62,5% de abandono. Em relação a estes números, pode-se chegar a diferentes conclusões. As possibilidades existentes são:

- Alguns pacientes, após o diagnóstico, são encaminhados para o CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas) para início de tratamento antineoplásico e não retornam por motivos como: acompanhamento com um serviço particular, opção de não tratar;
- Realização de tratamentos em serviços de oncologia do interior do estado de SC ou em serviços particulares;
- Óbito de alguns pacientes
- O paciente não foi bem orientado em como proceder após encaminhamento ao médico e não retorna; Falta de controle de tais pacientes.

Tem sido demonstrado na literatura que a avaliação e a abordagem odontológica realizada antes do início da radioterapia, através da adequação do meio bucal, resultam em: redução dos efeitos indesejáveis da radioterapia, otimização do tratamento e melhora da qualidade de vida dos pacientes (RAQUEL et al., 2008), que é o que chamamos de adequação de boca.

Tabela 13 - Distribuição da amostra em relação ao reparo de boca realizado antes do início do tratamento antineoplásico

<b>ADEQUAÇÃO DE BOCA (pré-tratamento)</b>	<b>FREQUÊNCIA (n)</b>	<b>%</b>
Exodontias múltiplas	22	55%
Endodontia	8	20%
Dentística restauradora	15	37,5%
Tratamento periodontal (raspagem)	12	30%
Profilaxia	6	15%
Bochecho com solução de fluoreto de sódio	4	10%

Fonte: Elaborado pelo autor.

As modalidades de tratamento pré-radioterapia, na modalidade de adequação do meio bucal, foram divididas em tratamento cirúrgico, endodontia, tratamento restaurador, tratamento periodontal, profilaxia e bochecho com NaF, como mostra a Tabela 13. Dos pacientes que necessitaram de preparo de boca, a grande maioria teve necessidade de exodontias (55%), seguidos por dentística restauradora (37,5%) e tratamento periodontal por raspagem (30%). Deve-se deixar claro que todos os pacientes tinham a necessidade de mais de uma modalidade de tratamento, por isso não existe uma contabilidade do valor total de *n*. Foram incluídos nesta amostra apenas 40 pacientes (50%), uma vez que poucos foram os pacientes que continuaram com o acompanhamento pós-diagnóstico, impedindo assim uma análise mais detalhada dos dados.

Quando a cavidade oral é exposta a altas doses de radiação, seu equilíbrio sofre efeitos dramáticos e a grande maioria dos pacientes apresenta uma ou mais complicações agudas e/ou crônicas, associadas ou não aos efeitos colaterais da terapia. É consenso na literatura que pacientes serão submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço devem receber a tratamento odontológico prévio. Concordando com o exposto na literatura, Hancock, Epstein e Sadler (2003) e Chang et al. (2007) relatam que os principais objetivos dessa abordagem odontológica são a remoção de focos infecciosos ativos, identificação e remoção de possíveis fatores de risco para complicações orais durante o tratamento, como por exemplo dentes com infecções endodônticas e/ou periodontais que possam se exacerbar (GUELARDI et al., 2008).

Em relação às sequelas apresentadas pelos pacientes que se submeteram a terapia antineoplásica e retornaram para acompanhamento no Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC, foi desconsiderada a amostra a qual correspondia aos pacientes que não



apresentavam estes dados em prontuário (45%). Esse valor indica que o acompanhamento dos pacientes no Núcleo ainda ser tão baixo. Dentre os 36 pacientes analisados, obtemos os seguintes dados apresentados na Tabela 14:

Tabela 14 - Distribuição das Sequelas pós-tratamento anti-neoplásico relatadas nos pacientes da amostra

SEQUELAS	FREQUÊNCIA (n)	%
Xerostomia/hipossalivação	18	50%
Dor/desconforto	17	47,22%
Parestesia	5	13,9%
Osteorradionecrose	15	41,66%
Cárie de radiação	5	13,9%
Fibrose cicatricial	4	11,11%
Infecção oportunista (Candidíase)	6	16,66%
Mucosite oral	12	33,33%
Trismo	7	19,44%
Edema	3	8,33%
Disgeusia (perda do paladar)	3	8,33%
Disfagia (dificuldade para engolir)	6	16,66%
Comunicação buco-sinusal	5	13,9%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme os resultados encontrados na tabela 14, as sequelas mais frequentemente encontradas nos pacientes são, respectivamente, a xerostomia/hipossalivação (50%), dor e desconforto (47,22%), osteorradionecrose (41,66%) e a mucosite oral (33,33%). Guelardi et al. (2008) afirmou em seu estudo que as sequelas são variadas, estando na grande maioria das vezes associada a outra (s). Os efeitos adversos mais observados da radioterapia de cabeça e pescoço são mucosite oral, hipossalivação, lesões de cárie de radiação, disfagia, disgeusia, trismo, necrose tecidual e osteorradionecrose (ORN), o que condiz com os dados obtidos e apresentados.

## 6 CONCLUSÃO

Com este trabalho, foi possível avaliar o perfil do paciente que é encaminhado para o Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC, bem como ressaltar a importância do papel do Cirurgião-Dentista no tratamento do CA de boca. Apesar de a amostra não se caracterizar como grande, foi possível obter dados relevantes frente a pesquisa.

- a) A maioria da amostra foi composta por homens, acima de 50 anos e tabagistas;
- b) O tipo de câncer de boca mais prevalente foi o CEC, em 100% da amostra, com localização preferencial em lábio e língua. A grande maioria foi diagnosticada precocemente, estando no intervalo de 0 a 6 meses desde o início da lesão (percebida pelo paciente) até o diagnóstico pelo CD;
- c) O agente etiológico que está mais presente entre os pacientes portadores da doença é o uso do tabaco. Grande parcela também o consumo juntamente com o álcool, potencializando assim seus efeitos maléficos ao organismo;
- d) O estadiamento mais encontrado foi T=2, N=0 e M=0, o que significa que o tamanho do tumor primário já é considerado grande, porém não envolvia linfonodos regionais e não havia metástases à distância. Isso justifica o porquê da maioria dos pacientes serem submetidos ao tratamento de cirurgia exclusiva, já que não havia a necessidade de associação com radioterapia e/ou quimioterapia;
- e) Os tipos de tratamentos realizados são: cirurgia exclusiva, radioterapia e quimioterapia, sendo possível realizar uma associação entre elas, quando necessário;
- f) Os procedimentos odontológicos mais realizados nos pacientes previamente ao tratamento antineoplásico foram: exodontias múltiplas, dentística restauradora, tratamento periodontal e endodontia;
- g) As sequelas bucais mais apresentadas pelos pacientes foram: xerostomia/hipossalivação, dor e desconforto, mucosite oral e osteorradionecrose. Percebe-se que a maioria destes está relacionada com o tratamento feito por radioterapia e/ou quimioterapia, o que indica que, apesar de presentes, a maioria dos pacientes, que foram submetidos apenas à cirurgia exclusiva, não tiveram muitos problemas com estas sequelas bucais, sendo as mais comuns para estes pacientes: fibrose cicatricial, Parestesia, trismo, disfagia, comunicação buco-sinusal;

O acompanhamento do paciente com CA de boca por um cirurgião-dentista especializado é de suma importância. Um adequado preparo de boca pré-radioterapia e o tratamento de suporte durante e após a terapia são bastante efetivos para minimizar os riscos de sequelas ao paciente tratado, bem como em reduzir o sofrimento gerado ao mesmo pelos efeitos colaterais da radioterapia e da quimioterapia. Isto aumenta e muito a qualidade de vida do paciente e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento. Para tanto, é essencial que os centros de tratamento que realizam tais tratamentos contem com cirurgiões-dentistas especializados e capacitados em suas equipes multiprofissionais.

## REFERÊNCIAS

- ARGIRIS, A. et al. Head and neck cancer. **The Lancet**, London, v. 371, 2008.
- ARUNA, D. S. et al. Retrospective study on risk habits among oral cancer patients in Karnataka Cancer Therapy and Research Institute, Hubli, India. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention-APJCP**, China, v. 12, n. 6, p. 1561-6, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação dos tumores malignos**. Traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- CHANG, D. T. et al. Do pre-irradiation dental extractions reduce the risk of osteoradionecrosis of the mandible? **Head & Neck**, malden, v. 29, p. 528-36, 2007.
- CIMARDI, A. C. B. S.; FERNANDES, A. P. S. Câncer bucal: prática e a realidade clínica dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. **RFO**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 99-104, maio/ago. 2009.
- DANIEL, F. I.; GRANATO, R.; GRANDO, L. J. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. **J Bras Patol Med Lab**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 279-283, ago. 2006.
- DEDIVITIS, R. A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 70, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2004. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/S0034-72992004000100006>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- DURAZZO, M. D. et al. Clinical and apidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 from 2002: increasing incedence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 293-298, 2005.
- EPSTEIN, J. B. et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. **A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, v. 62, p. 400-422, 2012.
- FARDIN, M. et al. Fatores de risco no prognóstico do câncer de boca. Estudo de 1440 casos. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, n. 33, p. 27-33, 2004.
- GOMES-CARNEIRO, M. R.; RIBEIRO PINTO, L. F.; PAUMGARTTEN, F. J. R. Fatores de risco ambientais para o câncer gástrico: a visão do toxicologista. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 13, p. 27-38, 1997.
- GOÉS, C. et al. Diagnóstico diferencial e manejo da leucoplasia bucal – caso clínico: acompanhamento de 4 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 55, n. 1, p. 95-100, 2007.
- GUELARDI, I. R. et al. A necessidade da avaliação e tratamento odontológico p´re-radioterapia. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 10, n. 58, p. 149-51, jul./ago. 2008.

HANCOCK, P. J.; EPSTEIN, J. B., SADLER, G. R. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. **J Can Dent Assoc**, Canada, v. 69, n. 9, p. 585-90, 2003.

HOSNI, E. S. et al. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 75, n. 2, p. 295-299, abr. 2009.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de Câncer**. 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/diagnostico1>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de Câncer. Boca**. 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

JABER, M. A. Oral epithelial dysplasia in non-users of tobacco and alcohol: an analysis of clinicopathologic characteristics and treatment outcome. **Journal of Oral Science**, [S.l.], v. 52, n. 1, p. 13-21, mar. 2010.

JANSMA, J. et al. Protocol for the prevention and treatment of oral sequelae resulting from head and neck radiation therapy. **Cancer**, [S.l.], v. 70, n. 8, p. 2171-80, out. 1992.

JHAM, B. C.; FREIRE, A. R. DA S. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 72, n. 5, p. 704-708, 2006.

JOSH, V.; SCULLY, C. Oral cancer: comprehending the condition, causes, controversies, control and consequences. 18 Dental Management. **Dental Update**, [S.l.], v. 39, n. 6, p. 442-3, jul./aug. 2012.

JOHNSON, N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. **Journal of Dental Education**, [S.l.], v. 65, n. 4, p. 328-39, 2001.

KARINE, A. et al. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v. 55, n. 3, p. 229-236, 2009.

LA VECCHIA, C. et al. Epidemiology and prevention of oral cancer. **Oral Oncology**, [S.l.], n. 33, p. 302-12, 1997.

LIAO, C. T. et al. Analysis of risk factors for distant metastases in squamous cell carcinoma of the oral cavity. **Cancer**, [S.l.], v. 110, n. 7, p. 1501-8, 2007. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/cncr.22959>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LITTLE, J. W. et al. Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MAGRIN, J.; KOWALSKI, L. P. Complicações das cirurgias por câncer de boca e de

orofaringe. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 45-48, 2003.

MARQUES, L. A. R. V. et al. Abuso de drogas e suas consequências na saúde bucal : uma revisão de literatura. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 29-35, jan./jun. 2016.

MCDOWELL, J. D. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. **Otolaryngologic clinics of North America**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 277-94, 2006. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.otc>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MELO, L. de C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 58, n. 3, p. 351-355, 2010.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

OLIVEIRA, L. R. de; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 385-392, 2006.

OSTROFF, J. S. et al. Prevalence and predictors of continued tobacco use after treatment of patients with head and neck cancer. **Cancer**, [S.l.], v. 75, n. 2, p. 569-76, 1995.

PEREIRA, L. A. et al. Epidemiologia do câncer bucal em Barretos. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, São Paulo, n. 31, p. 35-39, 2003.

PEREZ, R. S. et al. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. **International Archives of Otorhinolaryngology**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 271-277, 2007.

PETTI, S.; MOHD, M.; SCULLY, C. Revisiting the association between alcohol drinking and oral cancer in nonsmoking and betel quid non-chewing individuals. **Cancer Epidemiology**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. e1-6, fev. 2012.

REIDY, J.; MCHUGH, E.; STASSEN, L. F. A. A review of the relationship between alcohol and oral cancer. **The Surgeon: journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland**, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 278-83, out. 2011.

ROSEBUSH, M. S. et al. Oral cancer : enduring characteristics and emerging trends. **The Journal of the Tennessee Dental Association**, [S.l.], v. 91, n. 2, p. 24-30, 2011.

SAMAN, D. M. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. **Head & Neck Oncology**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 7, jan. 2012.

SANTOS, I. V. et al. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol. Clín. Cient.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul./set. 2011.

SCHWINGSHACKL, L.; HOFFMANN, G.; HOFFMANN, G. Does a Mediterranean-Type Diet Reduce Cancer Risk ?, **Current Nutrition Reports**, v. 5, n. 1, p. 9-17, mar. 2016. Disponível em: <<http://doi.org/10.1007/s13668-015-0141-7>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SCULLY, C.; BAGAN, J. Oral squamous cell carcinoma overview. **Oral oncology**, [S.l.], v. 45, n. 4-5, p. 301-8, 2009.

SILVEIRA, É. J. D. da. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 233-238, jun. 2009.

WARNAKULASURIYA, S. Causes of oral cancer--an appraisal of controversies. **British Dental Journal**, [S.l.], v. 207, n. 10, p. 471-5, nov. 2009.

WARNAKULASURIYA, S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. **Oral Oncology**, [S.l.], v. 46, n. 6, p. 407-10, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20403722>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

WHO. **Handbook for Reporting Results of Cancer Treatment**. 48. ed. Geneva: [s.n.], 1979.

WILLETT, W. C. et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. **American Journal of Clinical Nutrition**, [S.l.], v. 61, p.1403S-1406S, 1995.

ZANINI, M. et al. Carcinoma verrucoso: uma variante clínico-histopatológica do carcinoma espinocelular. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 619-621, set./out. 2004.

ZINI, A.; CZERNINSKI, R.; SGAN-COHEN, H. D. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Malden, v. 39, n. 4, p. 299-305, 2010. Disponível em: <<http://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2009.00845.x>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

### APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

<b>Nome:</b>		
<b>Fone:</b>	<b>Pront HU:</b>	
<b>Idade</b> [1] <20      [2]- 20-39      [3]- 40-50      [4] >50      [5] > 60		
<b>Gênero</b> [1]- M    [2] – F		
<b>Cor da pele</b> [1] - Leucoderma    [2] - Melanoderma    [3] - Xantoderma		
<b>Tipo de CA (Laudo Histopatológico)</b> [1] - CEC    [2] - Outro		
<b>Localização da lesão</b> [1]- Lábio    [2]- Bordo de língua    [3]- Ventre de língua    [4]- Dorso de língua    [5]- Assoalho bucal [6]- Área retro molar    [7]- Gengiva    [8]- Mucosa jugal    [9]- Palato duro    [10]- Outro		
<b>Estadiamento (no momento do diagnóstico)</b>		
<b>T</b> [1] - T1              [2] - T2              [3] - T3              [4] - T4		
<b>N</b> [1] - N0              [2] - N1              [3] - N2              [4] - N3		
<b>M</b> [1] - M0              [2] - M1		
<b>Acompanhamento</b> [1]- SIM    [2]- NÃO		
<b>Tratamento realizado</b> [1]- Cirurgia    [2]- Cirurgia + Radioterapia    [3]- Radioterapia+ Quimioterapia [4]- Outro		
<b>Sequelas presentes</b> [1] - Osteorradionecrose    [2] - Xerostomia    [3] - Cárie de radiação [4] - Diminuição da capacidade mastigatória    [5] - Trismo    [6] – Outros. Quais?		



<b>Diagnóstico inicial</b> [1] - SIM    [2] - NÃO		
<b>Tratamento proposto</b> [1]- Cirurgia    [2]- Cirurgia + Radioterapia    [3]- Radioterapia+ Quimioterapia    [4]- Outro		
<b>Necessidade de tratamento odontológico no preparo de boca</b> [1]- Nenhum                      [2]- Orientações de higiene/ profilaxia [3]- Restaurador                [4]- Cirúrgico		
<b>Fumo</b> [1]- SIM    [2]- NÃO		
	[1]- Cigarro    [2]- Palheiro    [3]- Charuto    [4]- Cachimbo    [5]- Outro	
	[1]- Fumante    [2]- Ex Fumante	
	<b>Há quantos anos fuma (ou):</b> [1] <5 anos    [2]- 5-9 anos    [3]- 10-20 anos    [4]- >20 anos	
	<b>Quantidade de cigarros/dia: (1 palheiro = 3 industrializados)</b>	
	[1] <20            [2] - 20-39            [3] - >40	
<b>Álcool</b> [1] - SIM    [2] - NÃO		
	<b>Frequência</b> [1] - 1-2 vezes por semana                      [2]- 2-4 vezes por semana [3] - 4-6 vezes, por semana                      [4] - Diariamente	
<b>Drogas de abuso</b> [1] - SIM    [2] - NÃO		
<b>Tipo:</b> [1] - Maconha    [2] - Cocaína    [3] - Crack    [4] - Outros		
<b>Tempo</b> [1] - <1 ano    [2] - 1-5 anos    [3] - 6-10 anos    [4] - >10 anos		
<b>Frequência</b> [1] - 1-2 vezes por semana                      [2] - 2-4 vezes por semana [3] - 4-6 vezes, por semana                      [4] - Diariamente		

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC****Centro de Ciências da Saúde – CCS****Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima****Trindade – CEP: 88.040-900 – Florianópolis - SC****Departamento de Patologia**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, segundo o Conselho Nacional de Saúde**

Eu, Liliane Janete Grando, dentista e professora efetiva da UFSC, responsável pelo projeto intitulado “**PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA DO NÚCLEO E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO HU/UFSC E ENCAMINHADOS PARA SUPORTE ODONTOLÓGICO NA ODONTOLOGIA HOSPITALAR HU/UFSC**”, convido você a participar voluntariamente deste projeto. Este projeto tem como objetivo levantar e conhecer as características dos pacientes quanto ao sexo, idade, tipo de câncer de boca mais comum, agentes causadores, momento da doença em que é feito o diagnóstico, tipos de tratamentos e principais consequências para o paciente. Caso o (a) senhor (a) ou seu dependente, portador (a) de câncer de boca, concorde em participar da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas e autorizar a pesquisadora ler seu prontuário. Para que o projeto seja executado, a avaliação de prontuários de pacientes previamente selecionados é necessária e será feita somente pela aluna responsável pela pesquisa e sua orientadora, coletando as informações necessárias de maneira sigilosa e profissional.

O fato de você participar ou não da pesquisa não trará qualquer consequência ou alteração do seu plano de tratamento já previsto. Você não terá nenhum custo ou vantagem financeira pela participação nesta pesquisa, como também não terá nenhuma despesa devido a sua participação na mesma e, caso isso venha a ocorrer de forma extraordinária e inesperada, você será ressarcido nos termos da lei. Se ocorrer algum prejuízo material ou imaterial decorrente da pesquisa, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente. Ainda assim, a pesquisadora compromete-se com o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV. 4 da referida resolução que rege esse termo.

Após ler e receber explicações sobre o projeto, você terá direito de: (1) receber esclarecimento quanto a qualquer dúvida relacionada a pesquisa antes e depois de consentir com a participação na mesma; (2) retirar-se da pesquisa e deixar de participar da mesma sem ter nenhum dano por isso; (3) ter as informações fornecidas para a pesquisa mantidas em sigilo, ou seja, seu nome e todos os seus dados serão mantidos sob sigilo durante toda a pesquisa. Eu, Liliane Janete Grando, e minha pesquisadora serei a única a ter acesso aos seus dados. No entanto há, mesmo que pequeno, o risco de ocorrer a quebra de sigilo de forma involuntária ou intencional, por exemplo, por perda ou roubo de documentos, mas tentarei evitar ao máximo que isto ocorra e, caso ocorra, serão tratados nos termos da lei. Os resultados dessa pesquisa somente serão divulgados com objetivo científico e poderão ser utilizados para a publicação em revistas científicas, apresentação em congressos, entre outros, onde seu nome ou alguma informação relacionada à sua privacidade não serão revelados; e (4) procurar esclarecimento comigo, Liliane Janete Grando, a qualquer momento e ainda notificar caso imprevistos ocorram. Você poderá entrar em contato comigo através do meu telefone que é (48) 9971-6864, meu e-mail ([lilianejgrando@gmail.com](mailto:lilianejgrando@gmail.com)), ou ainda vir pessoalmente ao Departamento de Patologia UFSC que fica no endereço: Campus Universitário – Centro de Ciências da Saúde – Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil CEP: 88040-900. Informo ainda o telefone (48) 3721-6094 e e-mail ([cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)), do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, localizado no Prédio Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400. Os resultados da pesquisa poderão ser repassados após a conclusão da mesma, bastando apenas informar um e-mail para contato. Como garantia, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, onde você ficará com posse de uma, assinada e rubricada pela pesquisadora. Para finalizar, declaro que toda esta pesquisa está adequada com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde sob o nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

**Assinaturas:**

---

(Pesquisadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dra. Liliane Janete Grando – CEL (48) 9971-6864 e-mail: [lilianejgrando@gmail.com](mailto:lilianejgrando@gmail.com)).

Eu,

\_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_ fui esclarecido (a) sobre a pesquisa citada acima e concordo em disponibilizar meus dados registrados em prontuário pelo HU/UFSC na realização da mesma, participando por livre e espontânea vontade dessa pesquisa.

**OU (somente em caso de voluntário vulnerável).**

Eu,

\_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_, responsável legal do(a) paciente

\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, devido ao fato do(a) mesmo(a) estar impossibilitado de assinar, fui esclarecido sobre a pesquisa citada acima e concordo em disponibilizar os dados do voluntário registrados em prontuário pelo HU/UFSC na realização da mesma, participando por livre e espontânea vontade dessa pesquisa.

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:**

Eu

\_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_ declaro que, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, concordei em participar, na qualidade de participante voluntário do projeto de pesquisa intitulado **"PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA DO NÚCLEO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO HU/UFSC E ENCAMINHADOS PARA SUPORTE ODONTOLÓGICO NA ODONTOLOGIA HOSPITALAR HU/UFSC"** após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer despesa em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do

projeto acima citados. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ (local e data)

---

(Assinatura do voluntário ou representante legal acima identificado)

**APÊNDICE C - Aprovação do trabalho pelo CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ATENDIDOS NO SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO HU/UFSC

**Pesquisador:** Liliane Janete Grando. **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 12079213.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO**

**PARECER Número**

**do Parecer:** 1.692.232

**Apresentação do Projeto:**

A emenda submetida pela professora Liliane Janete Grando do programa de Residência Integrada Multiprofissional do HU/UFSC representa a continuidade de um projeto maior, já desenvolvido e aprovado anteriormente por este Comitê, intitulado “PERFIL DOS PACIENTES COM CÂNCER DE BOCA ATENDIDOS NO SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO HU/UFSC”. A intenção da continuidade do trabalho através deste subprojeto é atualizar os dados levantados no projeto de origem e aumento da amostra inicialmente investigada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral:

Conhecer o perfil dos pacientes portadores de câncer de boca atendidos no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC).

Específicos:

1- Distribuir a amostra quanto ao sexo, faixa etária, tipo de câncer de boca mais prevalente e sua localização preferencial; 2- Identificar quais os agentes etiológicos do câncer de boca que mais acometeram os pacientes da amostra; 3- Verificar o estágio em que o câncer de boca foi diagnosticado e correlacionar com as prováveis consequências do seu tratamento para o paciente;

Página 01 de

Continuação do Parecer: 1.692.232

4- Identificar as opções de tratamento mais recomendadas por aquele Serviço; 5- Verificar as sequelas apresentadas pelos pacientes no pós tratamento do câncer de boca.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos desta pesquisa para os pacientes são os mesmos inerentes a qualquer exame odontológico de rotina, tais como alguns gostos não usuais, pequenos desconfortos durante o afastamento dos tecidos bucais, eventual dor a palpação da lesão.

Benefícios:

Serão os seguintes os benefícios aos pacientes: - Orientações sobre as boas práticas de higiene bucal; Preparo de boca pré-tratamento radio e quimioterápico, incluindo restaurações, remoção de focos de infecção, remoção de tártaro- Tratamento das sequelas da cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tais como comunicações buco-nasais e buco-sinusais, candidíases, mucosite radio e quimioinduzida, cáries de radiação, hipossalivação, entre outras.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa demonstra relevância acadêmica e social. O interesse da proponente em dar continuidade em pesquisa já realizada, demonstra a importância de aprofundar o conhecimento sobre o perfil dos pacientes com câncer de boca e oferecer detalhes que possam ajudar no seu tratamento e nas práticas odontológicas já realizadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A proponente apresenta todos os documentos exigidos pela regulamentação vigente. Conforme solicitado a proponente apresenta novo cronograma e TCLE com riscos e benefícios incluídos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICA S_700920_E1.pdf	22/07/2016 16:24:00		Aceito
Cronograma	NOVO_cronograma_PERFIL_D OS_PA CIENTES.pdf	22/07/2016 16:20:48	Liliane Janete Grando	Aceito

Continuação do Parecer: 1.692.232

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVA_resposta_TCLE_PERFI L_DOS_PACIENTES.pdf	22/07/2016 16:20:24	Liliane Janete Grando	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSOProfaLilianeJGrando .pdf	30/05/2016 23:44:54	Liliane Janete Grando	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ProfaLilianeJGrando_TCLE_T CCNatalia .pdf	17/04/2016 17:48:18	Liliane Janete Grando	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Maira M Rosa - Projeto câncer de Boca HU-UFSC.pdf	16/02/2013 11:27:24		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Maira_Rosa.jpg	12/02/2013 17:12:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Maira M Rosa -TCLE-projeto Câncer de Boca do HU- UFSC.pdf	21/01/2013 19:13:24		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Florianópolis, 23 de agosto de 2016.

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**